FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — THÈSE — N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

De la Mortalité Infantile

Dans les quatre premières semaines de la vie

PAR

René THIERRY-DETAILLE

Né à Paris, le 17 Décembre 1884

Président : M. PINARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE.	LECÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de piété filiale.

A MA MÈRE

Puisse ce modeste travail lui prouver ma grande affection et ma profonde reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A MES FRÈRES

A MES GRANDS PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A notre vénéré Maître, en témoignage de notre très respectueuse affection et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur agrégé V. WALLICH

Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance de la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner et en remerciement des conseils qu'il a su nous prodiguer pour l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Professeur agrégé A. COUVELAIRE

Accoucheur des Hopitaux

Qui fit montre pour nous de la plus grande bienveillance et sut nous faire profiter avec tant de fruit de son enseignement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AIMÉ GUINARD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, HOTEL-DIEU, 1905-1906

A la mémoire de notre très vénéré Maître qui sut nous initier avec une bonté sans égale aux principes de son art, enlevé prématurément à notre affection très profonde.

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, 1906-1907

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

HOTEL-DIEU, EXTERNAT DES HOPITAUX, 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

MÉDECIN DE LA CHARITÉ, EXTERNAT, 1908-1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON, EXTERNAT, 1909-1910

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

CLINIQUE BAUDELOCQUE, EXTERNAT, 1910-1911

RÉPÉTITEUR D'OBSTÉTRIQUE, 1911-1913

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. WALLICH

CLINIQUE BAUDELOCQUE, 1910-1913

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX, 1910-1913

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR R. LACASSE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR POTTET

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LELIÈVRE

CHEF DE LABORATOIRE

Introduction

S'il est une question qui de tout temps a fait couler beaucoup d'encre, c'est la question de la mortalité infantile. C'est en effet la première année qui fournit le plus fort contingent de la mortalité.

Depuis toujours, le monde médical s'est attaché à étudier cette question passionnante, et a cherché par tous les moyens possibles à enrayer le mal qui sévit aussi durement sur les plus petits.

La PUÉRICULTURE est devenue à l'heure actuelle la science la plus captivante qui soit, puisqu'elle intéresse au premier chef l'amélioration et la conservation de l'espèce humaine. Par suite, l'on comprend que des hommes, comme notre maître le professeur PINARD, luttent avec l'énergie du désespoir pour essayer d'enrichir et de répandre dans l'univers cette science pour laquelle il n'existera jamais trop d'adeptes convaincus et dévoués.

Pendant les trois années où nous avons eu l'honneur d'appartenir au service de notre maître, d'abord comme externe des hôpitaux, puis comme répétiteur d'obstétrique, nous avons été convaincus tous les jours davantage que la croisade entreprise par le professeur PINARD pour

la protection des tous petits est à l'heure actuelle une nécessité absolue.

La mortalité Infantile a été étudiée d'une manière générale pendant la première année, mais jusqu'à ce jour personne n'avait cherché à en dégager spécialement la mortalité pendant le premier mois, c'est-à-dire au moment même où l'être est le plus fragile et encore suffisamment près du traumatisme qu'il dut subir pour naître à la lumière pour en ressentir tous les méfaits.

L'on comprend dès lors que cette question soit à l'ordre du jour du XVII[e] Congrès des Sciences Médicales qui doit se réunir à Londres du 10 au 12 août 1913. Notre maître, le professeur agrégé WALLICH, a été chargé de faire, pour la section d'obstétrique et de gynécologie, un RAPPORT SUR LA MORTALITÉ EN FRANCE PENDANT LES QUATRE PREMIÈRES SEMAINES DE LA VIE.

Nous remercions ici, bien vivement, notre maître d'avoir bien voulu nous associer aux recherches qu'il devait entreprendre et de nous avoir permis de faire également de cette question le sujet de notre thèse. Celle-ci ne sera en somme que le développement du rapport de M. le professeur WALLICH ; nous suivrons, en effet, le même plan et nous appuierons sur les mêmes documents.

Notre reconnaissance s'en va de même vers ceux qui nous ont rendu plus facile nôtre tâche, soit en s'efforçant de nous instruire de leur mieux, soit en cherchant à nous façonner à leur image pendant le cours de nos études, soit encore en nous fournissant les matériaux nécessaires pour mener à bien l'œuvre que nous avions entreprise.

Notre souvenir ému s'en va d'abord vers notre vénéré

maître Guinard, enlevé à l'affection de tous, victime d'une fatalité aussi aveugle qu'implacable. Nous ne saurions dire toute l'émotion qui nous étreint au souvenir des jours passés auprès de notre maître, dont la bonté pour tous n'avait d'égale que le talent et qui fut pour nous un initiateur incomparable.

Enfin à tous les professeurs agrégés, médecins ou chirurgiens des hôpitaux qui se sont employés sans compter pour nous inculquer les principes de notre art, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

Nous devons remercier également M. le Dr Fillassier, directeur du bureau de la statistique du département de la Seine, qui a su, non seulement mettre à notre disposition les trésors que renferment les archives de la statistique, mais encore nous guider fort aimablement dans nos recherches. Nous remercions également tous ses collaborateurs et en particulier M. Carles, chef de bureau qui s'est employé à nous rendre la tâche plus facile.

Après avoir ainsi rendu hommage à tous, nous allons aborder l'étude de notre sujet.

Nous étudierons d'abord les différentes statistiques, nous verrons ensuite les différentes causes de mortalité, enfin dans un dernier chapitre, nous essayerons d'en dégager les remèdes à apporter pour tenter de réduire au minimum le nombre de ceux qui sont enlevés aussi prématurément.

Etude Statistique de la mortalité infantile pendant le premier mois

Les statistiques dont nous allons faire état dans ce premier chapitre ont été prises par nous à des sources telles quelles ne sauraient prêter à la critique.

La statistique de la mortalité du département de la Seine et surtout celle que nous avons pu recueillir dans les archives de la CLINIQUE BAUDELOCQUE constituent en effet des documents d'une grande valeur scientifique. Il en est de même de la statistique du département de la Haute-Vienne que nous avons pu nous procurer dans la thèse inaugurale de E. GUILLON. Celle-ci nous permettra de faire une comparaison entre la mortalité de la région parisienne et la mortalité en province. Il est bien entendu que nous ne ferons pas de moyennes, et que nous étudierons seulement les chiffres en eux-mêmes.

Nous allons d'abord exposer la statistique du département de la Seine, publiée par le Dr BERTILLON, et que nous devons à l'obligeance de son successeur le Dr FILLASSIER.

Age et Etat-Civil des décédés de moins d'un an

1893

Age des décès	LÉGITIMES			ILLÉGITIMES			TOTAL			
	Masc.	Fémin.	Total	Masc.	Fémin.	Total	Masc.	Fém.	Total	
0 à 4 jours	176	166	342	145	114	259	321	280	601	
5 à 9 »	135	108	243	110	84	194	245	192	437	
10 à 19 »	274	241	515	194	165	359	468	406	874	
20 à 29 »	157	135	292	90	88	178	247	223	470	
1 à 2 mois	606	462	1.068	325	284	609	931	746	1.677	2.382
3 à 5 »	606	471	1.077	248	203	451	854	674	1 528	
6 à 11 »	964	861	1.825	246	235	481	1.210	1.096	2.306	
TOTAL...	2.918	2.444	5.362	1.358	1.173	2.531	4.276	3.617	7.893	
premrs nés	419	279	698	344	226	570	763	505	1.268	
									9.161	

1894

0 à 4 jours	204	163	367	106	105	211	310	268	578	
5 à 9 »	145	117	262	94	83	177	239	200	439	
10 à 19 »	220	196	416	165	131	296	385	327	712	
20 à 29 »	137	135	272	112	91	203	249	226	475	
1 à 2 mois	519	419	938	318	258	576	837	677	1.514	2.204
3 à 5 »	513	456	969	196	207	403	709	663	1.372	
6 à 11 »	897	737	1.634	229	210	439	1.026	947	2.073	
TOTAL...	2.635	2.223	4.858	1.220	1.085	2.305	3.855	3.308	7 163	
premrs nés	399	228	623	365	205	570	760	433	1.193	
									8.356	

1895

0 à 4 jours	210	146	362	112	112	224	328	258	586	
5 à 9 »	139	84	223	93	79	172	232	163	395	
10 à 19 »	282	188	470	151	135	286	433	323	756	
20 à 29 »	142	126	268	90	94	184	232	220	452	
1 à 2 mois	516	458	974	268	244	512	784	702	1.486	2.189
3 à 5 »	565	515	1.080	235	206	441	800	721	1.521	
6 à 11 »	996	926	1.922	292	255	547	1.288	1.181	2.469	
TOTAL...	2.856	2.443	5.290	1.241	1.125	2.366	4.097	3.568	7.665	
premrs nés	436	329	765	273	265	538	709	594	1.303	
									8.968	

1896

Age des décès	LÉGITIMES			ILLÉGITIMES			TOTAL			
	Masc.	Fémin.	Total	Masc.	Fémin	Total	Masc.	Fém.	Total	
0 à 4 jours	196	153	349	138	104	242	334	257	591	
5 à 9 jours	116	85	201	55	60	115	171	145	316	
10 à 19 »	204	155	359	119	95	214	323	250	573	
20 à 29 »	146	87	233	60	42	102	206	129	335	
1 à 2 mois	449	439	888	267	200	467	716	639	1.355	1.815
3 à 5 mois	521	402	923	168	160	328	689	562	1.251	
6 à 11 mois	799	670	1 469	228	209	437	1.027	879	1.906	
Total	2.431	1.991	4.422	1.035	870	1.905	3.466	2.861	6.327	

1897

0 à 4 jours	169	176	345	111	86	197	280	262	542	
5 à 9 »	120	73	193	56	47	103	176	120	296	
10 à 19 »	219	171	390	101	91	192	320	262	582	
20 à 29 »	117	83	200	61	51	112	178	134	312	
1 à 2 mois	489	364	853	259	220	489	758	584	1.342	1.732
3 à 5 »	491	420	911	218	211	429	709	631	1.340	
6 à 11 »	860	748	1.608	243	235	478	1 103	983	2.086	
Total...	2.465	2.035	4.500	1.059	941	2.000	3.524	2 976	6.500	

1898

0 à 4 jours	184	166	350	127	106	232	311	271	582	
5 à 9 »	112	87	199	59	63	122	171	150	321	
10 à 19 »	233	178	411	125	115	240	358	293	651	
20 à 29 »	114	99	213	73	70	143	187	169	356	
1 à 2 mois	515	460	975	228	273	501	743	733	1.476	1.910
3 à 5 »	533	475	1.008	203	196	399	736	671	1.407	
6 à 11 »	967	854	1.821	250	225	475	1.217	1 079	2.296	
Total ..	2 658	2 319	4.977	1.065	1.047	2.112	3.723	3.366	7.089	

1899

Age des décès	LÉGITIMES			ILLÉGITIMES			TOTAL			
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	
0 à 4 jours	194	150	344	102	86	188	296	236	532	
5 à 9 »	125	95	220	75	54	129	200	149	349	
10 à 19 »	205	175	380	130	99	229	335	274	609	
20 à 29 »	101	64	165	78	56	134	179	120	299	
1 à 2 mois	479	405	884	290	236	526	769	641	1.410	1.719
3 à 5 »	516	431	947	211	182	393	727	613	1.340	
6 à 11 »	810	803	1.613	210	202	412	1 020	1.005	2 025	
Total...	2.430	2.129	4.553	1.096	915	2.011	3.526	3.038	6.564	

1900

0 à 4 jours	223	163	386	134	92	226	357	255	612	
5 à 9 »	122	86	208	69	55	114	191	141	332	
10 à 19 »	216	185	401	109	102	211	325	287	612	
20 à 29 »	121	95	216	48	51	99	169	146	315	
1 à 2 mois	498	416	914	252	199	451	750	615	1.365	
3 à 5 »	596	424	1.020	212	179	591	808	603	1.411	
6 à 11 »	851	718	1.579	222	181	403	1.073	909	1.982	
Total...	2.627	2.097	4.724	1.046	859	1.905	3.673	2.956	6.629	

1901

0 à 4 jours	260	196	456	156	102	258	416	298	714	
5 à 9 »	116	105	221	81	66	147	197	171	388	
10 à 19 »	239	202	441	116	104	219	350	306	660	
20 à 29 »	108	110	218	80	48	118	188	158	346	
1 à 2 mois	467	342	809	229	209	438	696	551	1.247	
3 à 5 »	488	413	901	190	155	345	678	568	1.246	
6 à 11 »	727	674	1.401	237	207	444	964	881	1 845	
Total...	2.405	2.042	4.447	1.088	891	1.979	3.493	2.933	6.426	

1902

Ages des décès	LÉGITIMES			ILLÉGITIMES			TOTAL		
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total
0 à 4 jours	236	182	418	127	103	230	363	285	648
5 à 9 »	134	121	255	92	51	143	226	172	398
10 à 19 »	220	191	411	105	112	217	325	303	628
20 à 29 »	119	104	223	73	58	131	192	162	354
1 à 2 mois	434	367	801	216	192	407	649	559	1.208
3 à 5 »	469	393	862	178	173	351	647	566	1.213
6 à 11 »	702	699	1 401	204	197	401	906	896	1.802
Total...	2.314	2.057	4.371	994	880	1.880	3.308	2.943	6.151

1903

0 à 4 jours	199	164	363	140	132	272	339	296	635
5 à 9 »	104	89	193	64	63	127	168	132	320
10 à 19 »	214	145	359	151	112	263	365	257	622
20 à 29 »	110	88	198	73	66	139	183	154	337
1 à 2 mois	374	322	696	181	203	384	555	525	1.080
3 à 5 »	436	368	804	164	132	296	600	540	1.100
6 à 11 »	599	519	1.118	198	200	398	797	719	1.516
Total...	2.036	1.695	3.731	971	908	1.879	3.607	2.603	5.610

1904

0 à 4 jours	195	147	342	108	110	218	303	257	560
5 à 9 »	106	87	193	78	55	130	184	142	321
10 à 19 »	202	137	339	118	83	201	320	220	540
20 à 29 »	107	91	198	76	65	141	183	156	339
1 à 2 mois	453	336	789	232	194	426	685	520	1.215
3 à 5 »	505	379	884	178	164	342	683	540	1.226
6 à 11 »	691	648	1.339	205	204	409	896	852	1.748
Total...	2.259	1 825	4.084	995	875	1.870	3.254	2.700	5.954

1905

Ages des décès	LÉGITIMES			ILLÉGITIMES			TOTAL		
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total
0 à 4 jours	180	149	334	131	94	225	316	143	459
5 à 9 »	111	102	213	76	52	118	187	154	341
10 à 19 »	184	166	350	112	83	195	296	249	545
20 à 29 »	109	84	193	63	52	115	172	136	308
1 à 2 mois	408	323	731	208	178	386	616	601	1.217
3 à 5 »	471	376	847	179	184	363	650	560	1.210
6 à 11 »	637	580	1.217	204	166	370	841	746	1.587
Total...	2.105	1.780	3.885	973	809	1.782	3.078	2.589	5.667

1906

0 à 4 jours	181	112	293	109	94	203	290	206	496
5 à 9 »	98	74	172	65	57	122	163	131	294
10 à 19 »	175	136	311	83	84	167	258	220	478
20 à 29 »	90	91	181	66	57	123	156	148	304
1 à 2 mois	453	317	770	237	186	423	690	503	1.193
3 à 5 »	418	374	792	178	183	361	596	557	1.153
6 à 11 »	685	556	1.241	193	190	383	878	746	1.624
Total...	2.100	1.660	3.760	931	851	1.782	3.031	2.511	5.542

1907

0 à 4 jours	183	162	345	122	99	221	505	261	566
5 à 9 »	99	89	188	65	48	113	164	137	301
10 à 19 »	170	140	310	107	71	178	277	211	488
20 à 29 »	115	99	214	53	43	96	168	142	310
1 à 2 mois	411	303	714	196	168	364	607	471	1.078
3 à 5 »	415	359	774	156	173	329	571	532	1.103
6 à 11 »	570	540	1.110	199	171	370	769	711	1.480
Total...	1.963	1.692	3.655	898	773	1.671	2.861	2.465	5.326

Dans cette statistique nous voyons d'une manière indiscutable que c'est bien pendant le premier mois qu'il y a comparativement le plus de décès. En effet, nous trouvons que plus d'un quart de ce chiffre total de la première année est fourni par le premier mois. Et, fait curieux à enregistrer ce sont la première et la troisième semaine qui fournissent le plus fort contigent.

Nous pouvons voir également d'après cette statistique que les garçons meurent en plus grande quantité que les filles et que les enfants illégitimes disparaissent également en plus grand nombre que les enfants légitimes.

Nous enregistrons ces faits, pour le moment, sans chercher à les discuter ici, leur interprétation faisant l'objet d'un chapitre spécial.

Nous venons d'établir que, pour le département de la Seine, c'est le premier mois qui est le plus mortel, ce fait n'est-il pas spécial au bassin de Paris ? Nous avons pu nous procurer une statistique du département de la Vienne dans l'ouvrage de E. Guillon : « *Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne* » (1).

(1) E. Guillon. Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne. Paris, 1897.

Statistique du département de la Vienne

Années	1 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 12 mois	0 à 1 an
1887	148	86	65	96	115	71	62	128	771
1888	121	68	56	90	74	63	149	241	862
1889	129	68	58	94	58	44	91	99	641
1890	121	76	68	91	83	56	130	211	836
1891	114	65	53	91	72	44	107	149	697
1892	107	67	55	131	133	103	171	221	988
1893	33	25	15	32	31	18	55	74	283
1894	113	66	50	113	106	84	115	186	833
1895	105	43	48	90	102	68	135	105	756
1896	147	56	36	84	91	58	94	159	731

D'après cette statistique nous pouvons voir que la mortalité du premier mois est encore beaucoup plus considérable dans ce département que dans le département de la Seine.

En effet, alors que dans celui-ci nous avions trouvé que, sur la mortalité de la première année, le premier mois entrait pour un quart, dans la majorité des cas, et pour un tiers au maximum, nous pouvons voir que dans le département de la Vienne le premier mois est encore plus mortel. Ce n'est plus un quart, ni même un tiers des enfants qui meurent dans le premier mois, la proportion est formidable puisque, si nous prenons le total des enfants morts dans la première année, de 1887 à 1896, soit

7398 décès, nous constatons qu'il en est mort 3184 pendant le premier mois, c'est-à-dire près de la moitié.

Nous essayerons dans le chapitre suivant de rechercher les raisons pour lesquelles cette mortalité est si considérable.

Ces deux statistiques ne nous donnant malheureusement pas les causes de mortalité nous allons puiser à une autre source qui saura parfaitement combler cette lacune.

Le document dont nous allons faire état à ce sujet, est en effet d'une valeur scientifique incontestable. C'est dans les ARCHIVES DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE que nous allons trouver le trésor inestimable nous permettant de faire œuvre utile. A quoi nous servirait en effet de savoir qu'il meurt une quantité considérable d'enfants pendant le premier mois, si nous en ignorions les causes, et par suite si nous ne pouvions y porter remède !

Dans le service du professeur PINARD sont réunies les observations des femmes qui, depuis quarante ans, sont venues accoucher dans son service, et personne ne pourra nier leur valeur, lorsque l'on saura que toutes ces observations sont revues et discutées tous les jours par notre maître lui-même.

C'est ainsi que nous allons pouvoir passer en revue tous les enfants décédés à la clinique BAUDELOCQUE de l'année 1891 à l'année 1907, et étudier également leurs causes de mort .

Tous les cas de mort publiés dans cette statistique sont survenus pendant le premier mois, et, comme nous le verrons dans une étude détaillée, le plus souvent dans la première semaine.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

	1907		1906		1905		1904		1903		1902		1901		1900		1899		1898		1897		1896		1895		1894		1893		1892		1891		Total		Sans dist. de la parité
	P	M	P	M	P	M	D	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	
Accouchements par le sommet dans les bassins normaux. 1° Enfants au-dessous de 2000 grammes	11	11	19	10	11	13	7	9	12	16	6	8	18	10	11	17	8	13	16	9	13	7	10	5									142	128	=270
2° Enfants au-dessus de 2000 grammes	10	11	10	10	9	15	6	17	14	17	13	21	12	17	13	11	20	11	12	14	10	8	12	13	24	27	20	24	28	12	12	21	23	21	141	164	=305
																																			787
ACCOUCHEMENT SPONTANÉ DANS BASSINS RÉTRÉCIS	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	1	3	2	2	»	1	»	»	4	»	»	1	»	1	»	3	1	13	7	20
Présentation du siège	4	»	2	2	3	7	3	8	1	6	4	8	5	7	8	6	1	2	4	7	»	4	1	3	6	7	1	1	7	3	»	3	»	2	50	71	121
Forceps dans Bassins normaux	1	»	2	»	1	»	1	»	1	»	1	1	1	»	»	1	2	»	»	»	1	1	2	»	1	1	»	»	2	»	1	2	2	»	19	6	25
Forceps dans Bassins viciés	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	2	»	»	1	11	4	15
Grossesses gémellaires	3	5	3	»	3	5	3	5	6	3	1	6	1	13	2	5	3	6	6	4	3	»	1	1	4	6	2	»	2	1	4	2	8	4	55	56	111
Malformations fœtales	3	1	3	4	1	3	»	3	2	3	»	1	»	»	1	1	»	»	1	1	1	»	3	3	»	»	»	2	2	1	»	2	1	4	18	29	47
Accès éclamptiques	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	5	3	8
Malformations génitales	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Présentation du front	»	1	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Présentation de l'épaule	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	9
Opérations de Porro	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Opérations césar^nes conservatrices	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Insertion vicieuse du Placenta	»	»	1	2	»	3	1	1	1	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	9	13
Présentation de la Face	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	4	4	8
Grossesses triples	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	5
Malformations utérines	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	4	2	6
Interruption de la grossesse	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	4	8	4	15	19
Symphiséotomies	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	2	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	5	10
Grossese extra-utérine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Ruptures utérines	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Hytérotomies abdominales totales	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	2
Version par manœuvres internes	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Opération césarienne (post-mortem)																															1	»	»	»	»	1	1

Nous avons étudié spécialement les années 1891, 1901 et 1911, que nous avons ainsi choisies pour nous rendre compte des changements qui auraient pu se produire, pendant ces intervalles de dix années, dans les causes de mortalité.

Dans un premier tableau nous allons passer en revue ces trois années, en tenant compte non seulement des morts survenues dans le service, mais encore de celles qui sont survenues après leur sortie, chez des enfants nés à la clinique et sur lesquels nous avons pu avoir des renseignements précis, par les mères revenues accoucher ultérieurement à Baudelocque.

Années	1891	1901	1911
Prématurés	49	96	53
Gastro-Entérite	22	57	21
Forceps	8	2	10
Erysipèle	5	0	0
Autres Infections	3	3	1
Syphilis	5	3	2
Malformat. fœtales	3	5	3
Broncho-pneumonie	3	3	3
Souffrance fœtale avant expulsion	5	1	7
Epaule	2	5	4
Siège	4	3	3
Face	0	1	0
Méningite cérébro-spinale	1	0	0
Hémorragie ombilicale	2	1	1
Hémorragie intestinale	0	0	1
Muguet	0	1	0
Ictère	0	2	0
Rougeole	0	1	4

Pour un nombre très restreint d'ailleurs de cas, nous avons dû étiqueter la cause de mort d'une manière un peu arbitraire. Nous avons pu en effet rencontrer plusieurs causes chez le même enfant sans pouvoir faire très exactement la part qui pouvait revenir à chacune. C'est ainsi par exemple qu'un enfant hérédo-syphilique, s'étant présenté par le siège, pouvant avoir plus ou moins souffert pendant la période d'expulsion, meurt en présentant du muguet. Dans quelle catégorie devons-nous le classer ? La chose est assez difficile dans ce cas particulier. Toutefois ces faits très rares ne doivent enlever aucune valeur à notre statistique.

Si nous résumons les causes de mortalité d'une manière plus succinte, nous trouvons que sur 407 décès, il y a 198 prématurés, c'est-à-dire près de la moitié, puis 100 cas de mort par gastro-entérite, ce qui fait un quart, enfin le quart restant serait fourni par des traumatisés, des infectés, ou encore des enfants présentant des tares héréditaires dues à l'alcoolisme, ou à la syphilis du ou des procréateurs.

Nous allons rechercher maintenant à quel moment du premier mois, meurent ces enfants. Nous ne nous occuperons ici que des enfants morts à la clinique Baudelocque, c'est-à-dire dans les quinze premiers jours, qui représentent le laps de temps maximum que ces enfants restent dans nos maternités.

Statistique de la mortalité à la clinique Baudeloque pendant les 15 premiers jours

	1er jour	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Année 1891															
Prématurés	12	6	3	2	1		1		2	1		1	1		2
Traumatisés	7							1	1						
Gastro-Entérite												1			
Syphilis	3									1		1			
Infection						1			3		1	1			
Malformés	1											2			
Hémorragie ombil.						1							1		
Souffrance fœtale avant l'expulsion	1	1		1											
Année 1901															
Prématurés	19	9	2	4	6	1		1		3			1		
Traumatisés	5	2													
Gastro-Entérite								1					1		
Syphilis	1														
Infection								1							
Année 1911															
Prématurés	15	13	3	4	2	1		2		2	1				
Traumatisés	8				1			1							
Gastro-Entérite										1					
Syphilis	3			1											
Infection									1						1
Malformés				1											1
Hémorragie ombil.	1														
Souffrance fœtale			1												

Comme nous pouvons le voir sur ce tableau, c'est surtout pendant les premiers jours que disparaissent les prématurés, alors qu'au contraire la gastro-entérite ne fait guère son apparition que tout à fait à la fin de la première quinzaine.

Nous voyons également que les traumatisés, parmi lesquels nous avons rangé les enfants extraits soit par le

forceps, soit par manœuvres internes, ou encore ceux ayant subi une extraction, s'etant présentés par le siège, meurent généralement dans les quarante-huit heures qui suivent leur naissance.

Nous en avons fini désormais avec l'étude statistique de notre sujet, nous allons aborder maintenant la discussion de ces observations.

Les causes de la mortalité infantile pendant le 1er mois

Nous suivrons dans l'étude de ces causes l'ordre adopté par M. le professeur agrégé WALLICH dans son rapport.

Causes d'ordre obstétrical

Pour déterminer les causes de mort dans cette catégorie, nous nous appuierons tout d'abord sur le résultat des autopsies pratiquées dans le service de M. le Professeur PINARD, à la Clinique Baudelocque, d'abord par le Professeur agrégé WALLICH, pendant les années 1895, 1896 et 1897, alors qu'il était chef de laboratoire à la Faculté, ensuite par ses successeurs, d'abord M. le Professeur agrégé COUVELAIRE, puis par le Dr CAZEAUX, enfin par le Dr LELIÈVRE.

Nous allons commencer par passer en revue les 143 cas publiés par le Professeur WALLICH dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* en mars 1898 (1).

(1) V. Wallich. Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né. (Extrait des Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, mars 1898).

Le chiffre de ces autopsies ne correspond pas au chiffre total de la mortalité infantile de la clinique Baudelocque pendant les trois années désignées ci-dessus, un certain nombre d'enfants n'ayant pu être autopsiés pour des raisons administratives ou d'ordres divers. Il en est de même des enfants présentant des monstruosités, qui constituent une classe tout à fait à part.

De ces 143 cas, nous devons tout d'abord en éliminer 34 qui sont des autopsies de mort-nés et qui, par suite, n'ont pour nous qu'un intérêt tout à fait relatif.

M. Wallich a classé les différentes lésions observées en 3 groupes :

1° *Lésions contemporaines de l'accouchement.*

2° *Lésions préexistant à l'accouchement.*

3° *Lésions développées après l'accouchement.*

« Bien qu'il ne soit pas possible de considérer comme rigoureusement exacte la proportion des cas rangés dans chacune de ces classes, il est pourtant instructif de noter que 67 cas, soit environ les deux tiers du chiffre total (109), ont pu être rangés dans la première classe « des *lésions contemporaines de l'accouchement.* » La deuxième classe, « *des lésions préexistantes à l'accouchement* », ne comprend que 14 cas. La troisième classe, « *des lésions développées après l'accouchement* », comprend 28 cas. »

1re classe. — Lésions contemporaines de l'accouchement (67 cas). — M. Wallich les divise en deux groupes : dans le premier sont notées des *hémorragies* soit *intra-crâniennes*, soit *abdominales*, et dans le deuxième, la

seule lésion observée est une simple *congestion viscérale*.

« Les hémorragies intra-crâniennes, au nombre de 44 sur 109 autopsies, montrent bien, en dehors de toute proportion rigoureuse, la grande fréquence de cette lésion chez les nouveau-nés, puisqu'elle forme plus d'un tiers du chiffre total des autopsies.

Ces hémorragies, dans la très grande majorité des cas, coïncident avec des *violences subies au cours d'un accouchement artificiel ou même spontané*. »

Elles peuvent être *méningées*, *cérébrales*, ou les deux à la fois, mais dans près des deux tiers des cas, ce sont surtout des hémorragies méningées que l'on observe.

Dans ces divers cas d'hémorragie intra-crânienne, la mort était survenue assez rapidement, soit dans les heures suivant l'accouchement, soit dans les deux premiers jours. Quatre seulement ayant échappé à cette règle sont morts dans les jours suivants mais toujours dans la première semaine.

Dans le deuxième groupe des lésions contemporaines de l'accouchement M. Wallich a réuni 24 cas de congestions viscérales. Ici, les lésoins portent à la fois sur les méninges, le cerveau, les poumons, le foie, le thymus, la rate et le rein qui présentent une congestion intense. De nombreuses ecchymoses sous-péricardiques ont également été observées.

Ici, comme pour les hémorragies intra-crâniennes, la mort a été rapide et est toujours suvenue au cours de la première semaine.

Ces lésions contemporaines de l'accouchement se rencontrent presque uniquement dans les cas de présenta-

tion du siège ou de l'épaule, dans les cas d'application de forceps ou de manœuvres pour rétropulser un cordon procident.

M. Wallich démontre par un tableau spécial que « *toutes les lésions décrites dans cette première classe ont porté, d'une façon très marquée, sur des fœtus présentant un poids au-dessous de la normale.* »

Enfin, il est à noter, termine M. Wallich, qu'il y a une majorité notable de primipares parmi les mères de ces fœtus, morts à la suite de lésions, qui peuvent bien être considérées dans leur ensemble comme exprimant une *mort violente.* »

2e classe. — Lésions préexistant a l'accouchement. (14 cas). — Dans la plupart des cas, la syphilis aurait été reconnue ou incriminée. Ce sont des lésions de *pneumonie syphilitique*, *de l'hypertrophie du foie, de la rate et du rein,* de *l'ascite*, de *l'anasarque*, enfin la lésion décrite sous le nom de *rein polykystique*.

Ces enfants n'ont pas vécu au delà de deux jours. Pendant la gestation, l'on avait observé de l'hydramnios dans la plupart des cas, et les placenta pesaient 700, 900 ou 1.100 grammes pour des fœtus d'un poids inférieur à 3.000 grammes.

3e classe. — Lésions développées après l'accouchement (28 cas). — Les lésions les plus fréquentes sont des lésions pulmonaires (20 cas), caractérisées le plus souvent sous forme de *pneumonie* ou de *broncho-pneumonie*. Les enfants sont morts pendant les deux premières semai-

nes, et il est à noter, d'après M. le Professeur agrégé Wallich, que ces lésions se produisaient de préférence chez des nouveau-nés, mis en état de moindre résistance aux infections par des incidents notés au cours de la grossesse ou du travail. »

L'on rencontre également 3 cas de lésions intestinales dont 2 perforations, et un cas de mœlena. Enfin cinq observations d'infections purulentes diverses.

Si nous passons également en revue les autopsies pratiquées de 1898 à 1912 par le Professeur agrégé Couvelaire, puis par les Drs Cazeaux et Lelièvre, nous allons constater les mêmes faits rapportés dans l'ouvrage du Professeur agrégé Wallich. Si nous les classons suivant l'ordre adopté par lui, nous trouvons en effet les résultats suivants :

Lésions contemporaines de l'accouchement	Hémorragies	Intra-craniennes	Méningées seules	34 cas.
			Méningées et cérébrales	26 cas.
			Cérébrales	28 cas.
		Abdominales	Hémorragies du foie	6 cas.
			Hémorragies mésentériques	1 cas.
			Hémorragies intestinales	1 cas.
	Congestions viscérales			55 cas.
Lésions préexistant à l'accouchement	Lésions pulmonaires			4 cas.
	Hypertrophie du foie, de la rate, des reins			7 cas.
	Ascites			9 cas.
	Anasarque			1 cas.
	Rein polykystique			1 cas.
	Persistance du trou de Botal			14 cas.
	Epanchements pleuraux ou péricardiques (non sanguins)			15 cas.
	Malformations fœtales			12 cas.
Lésions développées après l'accouchement	Lésions pulmonaires			13 cas.
	— intestinales			1 cas.
	Infections purulentes			13 cas.
	Epanchement séreux dans la plèvre ou le péricarde			4 cas.

2° Causes d'ordre physiologique

Lorsque nous avons examiné les statistiques de la clinique Baudelocque, nous avons été frappés du nombre considérable fourni à la mortalité du 1er mois par les prématurés. Nous avons pu voir, en effet, qu'ils entraient à eux seuls pour la moitié dans le chiffre total des décès.

Nous ne nous appesentirons pas longtemps sur les raisons qui font que ces « fruits verts » disparaissent aussi rapidement. Les plus petits sont enlevés dès le premier jour, tandis que les autres, placés dans un milieu plus ou moins favorable, et dans des conditions hygiéniques plus ou moins rigoureuses, résistent plus longtemps.

N'ayant vécu qu'incomplètement de leur vie intra-utérine, leur inaptitude à vivre de la vie extra-utérine se manifeste avec une rapidité qui est en rapport avec leur degré de prématuration.

Nous verrons plus loin les conclusions qui se dégagent de ces observations, lorsque nous aborderons le chapitre de la puériculture appropriée à notre sujet.

Le nouveau-né a d'autant plus de chances de vivre qu'il est expulsé plus près du terme. Le développement de tous ses organes à la naissance doit être suffisant pour permettre à ceux-ci de remplir intégralement leur rôle physiologique. C'est ainsi que le fœtus expulsé vivant avant la fin du 6e mois de vie intra-utérine succombe rapidement par suite de son inaptitude à la respiration. Les poumons sont encore atélectasiés, et les alvéoles pulmonaires non perméables à l'air qui est la première nourriture du nouveau-né.

Leur fragilité est également considérable, et il suffit de la moindre pression sur les téguments pour amener des ecchymoses plus ou moins étendues, c'est dire que leurs vaisseaux sont extrêmement friables.

Leur coefficient de résistance est également fort réduit, et les méfaits du froid sont trop connus pour que nous y insistions davantage.

Enfin ce sont des enfants qui se nourrissent généralement très mal. Il en est même qui pesant de 1500 à 2.000 gr., sont incapables de faire la moindre succion, et chez lesquels on est amené à pratiquer le gavage, ce rêve de Tarnier qui n'a jamais conduit qu'à des déceptions.

Causes d'ordre pathologique

La *gastro-entérite* qui enlève tant d'enfants pendant la première année, sévit aussi durement dans le 1er mois, et nous avons pu voir dans notre statistique que sur 407 décès, l'on en trouve cent qui reconnaissent pour cause la gastro-entérite. C'est surtout *pendant la deuxième quinzaine* que sévit cette infection de l'appareil digestif, chez les enfants recevant une *alimentation artificielle*.

Il semble, toutefois, que le nombre des décès par gastro-entérite ait diminué depuis ces dernières années et que la campagne menée par notre maître le Professeur Pinard pour l'allaitement maternel, ait porté ses fruits.

Nous reviendrons d'une façon spéciale sur ce chapitre lorsque nous traiterons des remèdes, étant donné l'importance de la question.

La Broncho-pneumonie pour être excessivement rare chez les enfants pendant le 1er mois n'en est pas moins grave, surtout chez une certaine catégorie de nouveaux-nés.

M. Pinard insiste beaucoup sur ce fait que chez les enfants qui meurent de broncho-pneumonie, on relève d'une façon presque constante des *antécédents d'alcoolisme chez les procréateurs*, et pour lui c'est un moyen de pronostic qui ne trompe jamais.

La *syphilis* tue également beaucoup d'enfants d'une façon très précoce. Nous n'insisterons pas sur ceux qui naissent porteurs de la maladie en nature, mais il en est d'autres qui nés de parents syphilitiques, non seulement ne présentent pas de lésions apparentes, mais encore, ayant un poids au-dessus de la moyenne semblent avoir un plus grand coefficient de résistance. Ces enfants-là, au contraire, meurent souvent d'une façon très brusque, pendant la première semaine.

Toutes les *malformations fœtales*, apportent également leur tribu à la mortalité du 1er mois. Ces malformations sont variables à l'infini, et d'un intérêt tout à fait secondaire pour le sujet qui nous occupe. Nous ne faisons donc que les signaler, sans nous étendre sur leur pathogénie qui est encore très discutée dans nombre de cas. La disparition plus ou moins rapide de ces déchets sociaux est certainement la meilleure solution qui puisse survenir pour eux comme pour la société.

La *mort par asphyxie* a été observée par régurgitation de lait dans les bronches, mais cet accident qui peut être évité en prenant la précaution de coucher l'enfant sur le

côté, est tout à fait exceptionnel et peut se rencontrer comme cause de mort en dehors du premier mois.

Nous avons pu noter également quelques observations de mort par *hémorragie ombilicale*.

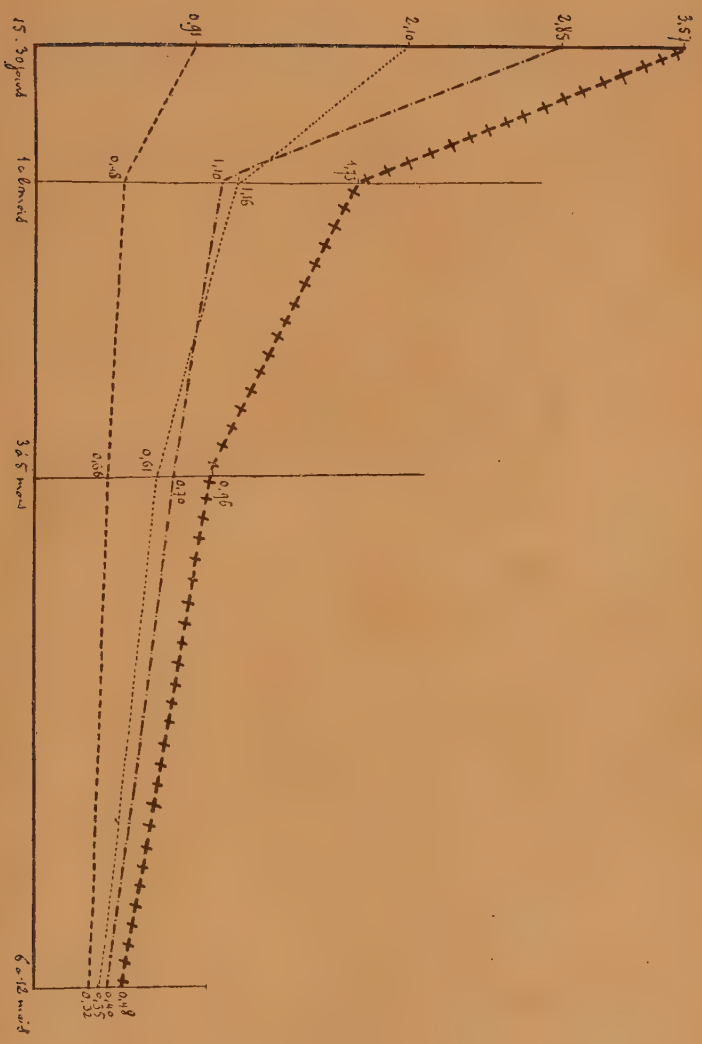
La mort dans les premiers jours est survenue également chez des *enfants ayant souffert avant l'expulsion*, sans toutefois que l'on soit intervenu pendant l'accouchement.

Enfin dans plusieurs cas, nous notons simplement *l'ouverture prématurée de l'œuf*, comme cause susceptible d'être incriminée dans la mort survenue chez ces enfants dans la première semaine.

3° Causes d'ordre social

En étudiant la statistique du département de la Seine fournie par M. le Dr J. Bertillon, nous avons pu voir que *la mortalité était beaucoup plus considérable chez les enfants illégitimes*.

Nous allons essayer de chercher les raisons pour lesquelles ces enfants meurent en plus grand nombre. Le graphique ci-dessous que nous avons pu trouver dans l'*annuaire statistique du département de la Seine*, présente à ce sujet le plus grand intérêt.


15. Januar
1. Februar
3. März
6. April
0,91
2,10
2,15
3,57
0,58
1,10
1,15
1,53
0,58
0,61
0,39
0,46
0,58
0,48
0,45
0,32

Nous voyons sur ce graphique que *le pourcentage le plus fort est atteint par les enfants illégitimes élevés en nourrice*, puis par les enfants légitimes également placés chez une nourrice mercenaire, enfin les illégitimes élevés dans le sein familial meurent encore en plus grande quantité que les légitimes élevés à domicile.

Aux causes de mort que nous avons passées en revue dans les deux chapitres précédents, viennent donc se surajouter deux faits importants. D'une part l'élevage en nourrice, d'autre part l'illégitimité.

Ce sont là deux facteurs importants et qui pour être prévus, sont vraiment considérables, si l'on songe en effet *que pendant le 1er mois, toutes proportions gardées, il meurt 3 fois plus d'enfants en nourrice que dans le sein familial.* Si la mortalité des illégitimes, en nourrice, ne dépasse guère celle des légitimes placés dans les mêmes conditions, nous voyons, par contre, que ceux qui sont élevés à domicile, disparaissent par rapport aux légitimes dans la proportion du simple au double.

Le nombre considérable des décès en nourrice, montre bien l'influence du milieu. L'Enfant élevé, sinon au sein maternel, tout au moins sous la surveillance de la mère, se trouve dans des conditions bien supérieures à l'enfant placé en nourrice, souvent d'une façon trop précoce. Un enfant ne devrait pouvoir être mis en nourrice qu'à partir du premier mois. La nourrice soignera d'autant moins bien l'enfant qu'on lui confiera que celui-ci sera né d'une fille-mère, soit par crainte de ne pas être payée de ses soins, soit parce qu'elle se sent moins surveillée.

Enfin dans la mortalité plus grande des illégitimes

élevés à domicile, nous ne pensons pas que l'on puisse mettre en doute le sentiment de la maternité chez la mère, mais plutôt les privations subies par elle, et qui retentissent sur l'enfant.

L'ignorance des préceptes élémentaires de l'hygiène du nourrisson peut également être incriminée.

Nous avons pu voir que, dans le département de la Vienne, la mortalité du 1er mois était encore exacerbée si l'on peut s'exprimer ainsi. Comment pouvons-nous en expliquer les raisons ?

Tout d'abord, il en est une qui a une grande valeur, c'est ce fait que beaucoup d'enfants sont envoyés en nourrice dans ce département, aussitôt après l'accouchement ou dans les jours qui suivent. C'est tout juste si la nourrice n'attend pas avec impatience l'acouchement pour emporter l'enfant qu'elle doit élever. L'on comprend, dès lors, que la mort s'abatte rapidement sur ces pauvres petits qui, sans avoir pu seulement goûter au sein de leur mère, doivent supporter encore la fatigue d'un long voyage fait dans des conditions toujours défavorables.

De plus ces enfants placés loin de la famille, ne sont pas suffisamment surveillés et les règles de l'hygiène plus ou moins bien observées.

Nous pensons également que le nombre des prématurés doit être encore plus considérable qu'à Paris et par suite fournir un contingent plus fort à la mortalité du 1er mois. Enfin les gestations non surveillées expliquent encore les chiffres vraiment formidables fournis par Guillon.

De la Puériculture

Quels sont les remèdes à apporter pour réduire au minimum l'effroyable mortalité du premier mois ? Ils sont nombreux, et pour la plupart d'une efficacité absolue.

S'il est en effet des causes de mortalité contre lesquelles nous ne pouvons rien, ou peu de choses, nous sommes au contraire tout puissants dans la grande majorité des cas, et c'est à notre avis une des gloires des accoucheurs de pouvoir ainsi sauver un nombre considérable d'existences.

L'étude que nous venons de faire des différentes statistiques va nous permettre de diviser, en trois parties, le nouveau chapitre que nous allons entreprendre.

Dans une première partie nous étudierons les remèdes d'ordre médical pur, dans une deuxième, ceux d'ordre social, enfin dans la dernière nous passerons en revue les remèdes pour lesquels le concours de la société et du médecin est indispensable.

1° COMMENT ET DANS QUELS CAS LE MÉDECIN EST-IL TOUT PUISSANT

Nous avons pu voir en étudiant les lésions présentées à l'autopsie, par un certain nombre d'enfants morts dans la première semaine, combien de fois le *traumatisme* devait être incriminé.

Tout enfant en naissant subit un traumatisme plus ou moins considérable, qui varie suivant un certain nombre de facteurs.

Il est reconnu depuis longtemps que dans la présentation du sommet le traumatisme est réduit au minimum, et qu'en dehors du volume du fœtus qui joue un rôle assez important, la question de la parité présente aussi une certaine valeur. C'est ainsi que *les premiers nés*, toutes choses égales d'ailleurs, *subissent un traumatisme plus considérable que les suivants*. La filière pelvienne ayant, en effet, été distendue par le passage d'un premier fœtus à terme se laisse beaucoup plus facilement dilater lors des accouchements ultérieurs.

Un fait vient encore corroborer cette assertion, c'est celui que l'on observe dans les gestations multiples. Chez les jumeaux en effet, il est à remarquer que c'est le premier né qui meurt le plus souvent le premier, alors même qu'il pesait à la naissance un poids supérieur au deuxième. Il est évident, là encore, que c'est le traumatisme obstétrical qui doit être incriminé.

Dans une communication faite à la Société Obstétricale de France en 1911, MM. Wallich et Fruhinsholz ont fait ressortir que le fait d'être premier né était une tare compliquant la prématuration, ou mieux, que les plus tarés des prématurés étaient les premiers nés (1).

Il est reconnu également, et cela a fait l'objet d'une com-

(1) Wallich et Fruhinsholz. Communication à la Société Obstétricale de France (1911).

munication de MM. Pinard et A. Magnan, que, si les garçons mouraient en plus grande quantité que les filles, cela devait tenir pour une part au volume généralement plus considérable du sexe masculin et par suite d'un traumatisme plus important au moment de l'accouchement (1).

L'on a bien pensé à dilater les parties molles avant l'accouchement dans la présentation du sommet chez les primipares, pour essayer de réduire au minimum le traumatisme obstétrical, en faisant ainsi de ces primipares des multipares artificielles, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

C'est en somme ce qui se fait dans les cas de présentation du siège chez les primipares. Le ballon de Champetier de Ribes, de 500 centimètres cubes, que l'on introduit dans le vagin pendant la période de dilatation, n'a d'autre but que de distendre les parties molles de façon à réduire au minimum le traumatisme de l'accouchement en frayant pour ainsi dire un passage à la tête.

Dans la présentation du sommet, par suite de l'engagement de la partie fœtale, les divers moyens employés généralement avec des ballons de formes variables, n'ont donné aucun résultat appréciable.

Le professeur Pinard lui-même s'est attaché à la résolution de ce problème, et nous savons que c'est encore à l'heure actuelle une des préoccupations constantes de notre maître qui recherche tous les jours le moyen d'obtenir ce résultat tant désiré.

---

(1) A. Pinard et A. Magnan. De la fragilité du sexe mâle. Compte rendu de l'Académie des Sciences, 3 février 1913.

Toutefois, comme il est reconnu que c'est la présentation du sommet qui est la plus heureuse pour le fœtus comme pour la mère, nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour arriver à ce résultat.

En effet, nous avons pu voir dans notre statistique que les présentations du siège étaient des plus nocives pour le fœtus au point de vue du traumatisme, et nous n'insisterons pas davantage sur les présentations de l'épaule auxquelles sont imputables un nombre considérable de morts par suite du traumatisme plus ou moins violent que doit subir le fœtus.

Pour éviter ces désastres, il suffit de pratiquer soit au moment de l'acocuchement, ce qui est souvent impossible, soit pendant la gestation, une version par manœuvres externes.

Pour arriver à ce résultat, il est évident qu'il faut que les gestations soient surveillées par le médecin, et comme toutes les femmes n'ont pas les moyens, ou ne disposent pas des heures de liberté correspondant à une heure de consultation, il faut multiplier les consultations gratuites dans les maternités, en laissant aux femmes la latitude de se présenter à toute heure du jour.

C'est là le meilleur traitement prophylactique et à la clinique Baudelocque où il vient consulter près de 40.000 femmes par an, le nombre d'enfants, chez lesquels nous avons pu ainsi réduire au maximum le traumatisme obstétrical, est considérable.

Il est évident que le traumatisme obstétrical augmente lorsque l'on est appelé à intervenir pour extraire le fœtus par exemple à l'aide du forceps. Si habile que soit l'opéra-

teur c'est là un traumatisme assez violent que subit le fœtus, et en dehors des cas de mort par hémorragies cérébrales ou méningées, le nombre d'enfants qui présentent des convulsions dans les jours suivants, ou encore des paralysies faciales en est la meilleure preuve.

La morale à en tirer est bien simple, comme le répète si souvent notre maître, le Professeur PINARD, *lorsque nous faisons une application de forceps, nous ne devons pas obéir à une invitation, mais à une indication.* »

En dehors du traumatisme que le médecin peut dans nombre de cas réduire au minimum, il est une autre cause de mortalité contre laquelle nous pouvons beaucoup, c'est la *syphilis*.

Notre maître le professeur PINARD, dans un ouvrage traitant DES MÉDICATIONS GÉNÉRALES EN PUÉRICULTURE (1), s'est attaché tout particulièrement à cette question, et nous ne pouvons mieux faire que de citer le plus fidèlement possible le traitement qu'il préconise, depuis trente ans, de la syphilis héréditaire.

Traitement de la syphilis héréditaire

« Avant d'exposer les médications dans le traitement de « l'hérédo-syphilis, il est nécessaire de résumer dans quel- « les conditions peut se transmettre et se transmet l'héré- « dité syphilitique.

---

(1) Médications générales en puériculture, par le professeur Pinard, 1911.

« Depuis Ambroise Paré, qui dit : « Souvent, on voit « sortir les petits enfants hors du ventre de leur mère « ayant cette maladie ; et tous après avoir plusieurs pus- « tules sur leur corps ; lesquels étant aussi affectés, bail- « lent la vérole à autant que nourrices qui les allaitent », « l'on sait que la syphilis est héréditaire.

« Ce furent seulement les travaux de Doublet (1), de « Mahon (2),de Bertin (3), qui, il y a un peu plus d'un sie- « cle, jetèrent certaines clartés sur ce sujet. Mais l'histoi- « re de l'hérédo-syphilis a été surtout magistralement ob- « servée et étudiée par le professeur Fournier (4) et con- « tinuée par son fils E. Fournier (5).

« Malgré tous ces travaux, le traitement de l'hérédité « ou le traitement de l'espèce, n'avait pas encore été ex- « posé avec toute la plénitude qu'il comporte. Il a com- « mencé à l'être seulement par le Dr Ferdinand Laporte, « dans sa thèse inaugurale (6), et d'après les leçons que je « professe depuis trente ans. »

---

(1) Doublet. Mémoire sur les symptômes et le traitement des maladies vénériennes chez les enfants nouveaux-nés, lu à l'assemblée particulière de la faculté de médecine, 1781.

(2) Mahon Louis-Lemove. Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication syphilitiques chez les femmes enceintes, les enfants nouveaux-nés et les nourrices, 1804.

(3) Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveaux-nés, les femmes enceintes et les nourrices, 1818.

(4) A. Fournier. Syphilis et mariage, 1880.

Du traitement préventif de l'hérédité paternelle au cours de la grossesse, *Semaine Médicale*, 1898.

(5) E. Fournier. Des stigmates dystopniques de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1898.

(6) Ferdinand Laporte. Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1897.

« 1° *Traitement prophylactique de l'hérédité syphili-*
« *tique*. Le traitement de l'hérédité doit être envisagé
« suivant que l'hérédité spécifique est transmise par le
« père : hérédité paternelle ; par la mère : hérédité mater-
« nelle ; par les deux : hérédité double.

« *Hérédité paternelle*. Cette hérédité a été niée par
« quelques auteurs, malgré les preuves innombrables et
« journalières qui prouvent sa réalité par son action dé-
« sastreuse et désolante. Tout en reconnaissant son exis-
« tence, le professeur Fournier a écrit :

« Si l'hérédité paternelle, comme nous venons de le di-
« re, ne s'exerce que d'une façon rare, exceptionnelle, tou-
« jours est-il qu'elle s'exerce quelquefois. On a vu des en-
« fants naître syphilitiques du fait de leur père, leur mè-
« re restant indemne de toute contamination. »

« A l'heure actuelle, nombre de médecins professent en-
« core la même opinion et pensent que l'origine paternelle
« de l'hérédo-syphilis est chose rare.

« Avec tous les accoucheurs bons observateurs, je m'é-
« lève contre cette manière de voir, en m'appuyant sur les
« faits constatés chaque jour.

« J'affirme, je proclame que la syphilis d'origine pater-
« nelle n'est pas seulement observée *quelquefois*, mais
« qu'elle est *beaucoup plus fréquente* que la syphilis d'o-
« rigine double.

« Cela étant dit, on doit rechercher si l'hérédité pa-
« ternelle est *fatale* ou simplement *possible*. Bien qu'au
« point de vue scientifique cette question soit toujours voi-
« lée du doute que comporte l'origine paternelle dans l'es-
« pèce humaine, en ne s'appuyant que sur la loi du grand

« nombre, on peut et on doit dire que l'hérédité syphiliti-
« que paternelle n'est pas toujours fatale, mais qu'elle
« est *toujours possible*.

« Un syphilitique dont la syphilis a *été traitée*, ou dont
« la syphilis est *vieille*, peut procréer un enfant qui ne
« sera ni syphilitique, ni même distrophique, bien que cela
« soit plus rarement observé, ainsi qu'on le verra plus
« loin.

« Mais, il faut bien que tous les médecins et tous les sy-
« philitiques sachent que, quand un individu a été syphi-
« litique, quelle qu'ait été la durée du traitement anti-spé-
« cifique, quel que soit l'âge de la syphilis, quelle que
« soit la longueur du temps écoulé depuis la disparition
« des derniers accidents, il ne peut et il ne doit jamais
« avoir la certitude de ne pas procréer un enfant hérédo-
« syphilitique. D'où, *comme conséquence formelle la*
« *nécessité absolue chez tout individu qui a été syphili-*
« *tique d'un traitement avant toute procréation.* C'est ce
« traitement que j'appelle le *Traitement de l'hérédité* ou
« le *Traitement de l'Espèce ;* on le voit, ce n'est pas
« l'individu qui est visé ici, mais bien la descendance.

Pendant combien de temps doit durer le traitement ?

« Si la durée du traitement de la syphilis individuelle
« est variable et arbitraire, puisque nous ne savons pas
« encore, à l'heure actuelle, quand un individu est guéri
« de cette maladie, et même s'il en guérit complètement,
« on ne peut assigner une limite à la durée du traitement
« de l'espèce qu'en s'appuyant sur de nombreuses obser-
« vations. Or, depuis plus de trente ans, j'observe, et le

« *traitement suivi pendant plus de six mois consécutifs*, « m'a généralement donné de bons résultats.

« *En quoi consiste le traitement ?*

« Le traitement que je conseille est l'ingestion d'*iodhy-* « *dargyrate de potasse* à la dose quotidienne de 40 à 60 « centigrammes. Quand la syphilis a été longuement trai- « tée et que depuis longtemps aucune manifestation spé- « cifique n'a pu être observée, je conseille de ne prendre « que quarante centigrammes par jour. Quand la syphi- « lis est plus récente, quand la durée du traitement a été « relativement courte, j'élève la dose à 50 centigrammes « et même 60 centigrammes par jour.

« Le médicament est adminstré en solution formulée « ainsi :

Biiodure d'hydargyre.....	10 centigrammes
Iodure de potassium.....	10 grammes
Eau distillée de menthe.....	50 grammes
Eau distillée.....	250 grammes

1 cuillerée à entremets au milieu de chacun des deux principaux repas.

« Cette formule est celle à laquelle je me suis définiti- « vement arrêté pour des raisons multiples, dont les prin- « cipales sont les suivants : L'eau distillée me paraît « être le véhicule favorisant le moins la décomposition « de l'iodargyrate, et cette solution a toujours été bien « tolérée même par les estomacs les plus réfractaires. « Beaucoup d'autres préparations mercurielles ont été « vantées comme agissant fructueusement, je le reçon-

« nais. Je n'en parle pas ici, car, ne les ayant jamais em-
« ployées, il me serait impossible de formuler à ce sujet
« un jugement judicieux, éclairé. Tandis que depuis plus
« de trente ans, étant resté fidèle à l'emploi de l'iodhy-
« drargyrate de potasse, j'ai pu en observer et apprécier
« les effets et suis autorisé à dire qu'il s'est toujours mon-
« tré agissant avec une puissante efficacité.

« *Syphilis d'origine maternelle :*

« Tout ce qui a été dit plus haut à propos de l'homme
« syphilitique, doit s'appliquer à la femme syphilitique.
« Toutes choses égales d'ailleurs, le traitement doit être
« plus intensif chez la femme que chez l'homme pour
« donner de bons résultats.

« Je me résume en formulant ce précepte : *Tout syphi-*
« *litique honnête doit, avant de procréer, se soumettre*
« *au traitement de l'espèce.*

« Le traitement de la syphilis, de l'hérédo-syphilis d'ori-
« gine paternelle ne doit pas s'arrêter là, dans tous les
« cas, il doit être poursuivi pendant toute la durée de la
« gestation. Même si la mère est saine, elle doit suivre le
« même traitement qu'a suivi le père avant la procréa-
« tion. C'est à travers la mère et par son intermédiaire
« que l'on fera de la *thérapeutique fœtale.*

« Je peux dire que c'est exclusivement le fœtus qu'on
« doit avoir en vue car je n'ai jamais vu de cas de syphi-
« lis conceptionnelle.

« *Traitement fœtal de l'hérédo-syphilis :*

« Que la syphilis soit d'origine paternelle, maternelle,
« ou puisse provenir des deux procréateurs, l'*hérédo-sy-*

« *philis doit être traitée pendant toutte la durée de la* « *gestation.*

« Ici, plus que jamais, le traitement par l'iodhydar- « girate de potasse me paraît indiqué, quand la syphilis « est ancienne et qu'elle a été déjà traitée, parce que je « sais, par expérience, que cette thérapeutiqne fœtale « donne d'excellents résultats.

Le Dr Fournier après avoir publié un cas particulièrement heureux à la suite du traitement mercurial, s'exprime ainsi :

« L'on conçoit dès lors quelle confiance je suis conduit « à accorder au mercure en tant que modificateur, en tant « que correctif de l'influence malfaisante qu'exerce l'hé- « rédité sur le produit de conception. »

Résultats du traitement de l'hérédité syphilitique :

« Suivi rationnellement, le traitement donne, d'après « mon expérience des résultats aussi satisfaisants que « possible.

« J'ai toujours vu les enfants procréés par un syphiliti- « que, soumis rigoureusement au traitement que je pré- « conise, naître vivants. Et cela est d'autant plus remar- « quable, que chez nombre d'entre eux, la procréation « n'avait donné jusque-là que des fœtus mourant pen- « dant la gestationfl

« Que sont les enfants au moment de leur naissance ? « Que deviennent-ils ?

« Au moment de la naissance, ces enfants sont généra- « lement volumineux. Leur poids est sensiblement au- « dessus de la moyenne. Ils résultent souvent d'un *gros œuf.*

« La plupart des enfants que nous avons pu suivre « pendant longtemps se sont développés normalement. « Quelques-uns, les premiers nés, à la suite du traitement « de l'hérédité, ont seuls présenté quelques traces de dys- « trophie, mais ce sont des *dystrophies au minimum*.

« J'emploie cette expression qui me paraît justifiée de « par ce fait que ces dystrophies n'ont pas empêché les « garçons de faire leur service militaire et les filles de de- « venir mères dans les conditions normales.

« Aussi je dirai en terminant : un syphilitique bien « traité peut honnêtement procréer. »

Le rôle du médecin sera donc lorsqu'il aura dépisté la syphilis, d'avertir le procréateur des accidents qui sont susceptibles de survenir pour le fœtus in utero, ou à la naissance, ou encore après la naissance, et d'instituer le traitement suivant les préceptes du professeur PINARD.

Dans ces conditions, l'on peut non seulement réduire au minimum les tares héréditaires, mais encore éviter les accidents de mort brusque que nous avons vu survenir dès le premier mois chez les enfants volumineux issus de gros œufs.

L'enfant syphilitique doit d'ailleurs dès la naissance suivre le traitement antispécifique, et comme il est reconnu que le mercure est admirablement supporté, l'on pourra donner des doses relativement fortes par rapport au poids de l'enfant. La liqueur de Van Swieten qui semble être la préparation de choix est donnée couramment par le professeur PINARD, à la dose de 50 à 100 gouttes par jour, en deux fois, dans du lait.

Nous avons pu voir au cours de notre travail que la prématuration était de beaucoup la cause la plus fréquente de mortalité pendant les premières semaines. C'est dire que nous devons chercher par tous les moyens possibles à *faire naître les enfants à terme*. C'est là, comme le répète si souvent le professeur PINARD, le *devoir de la Société et de l'accoucheur*.

Est-il toujours possible de mener une gestation à terme ? Dans la grande majorité des cas la chose est possible ; il n'est guère, en effet, que dans les cas de *malformation utérine*, que nous soyons impuissants. Et même contre l'*insertion basse du placenta*, en surveillant les femmes et en les mettant au repos le plus possible, nous pouvons lutter victorieusement.

En dehors de ces causes d'accouchements prématurés, il en est d'autres que nous allons passer en revue et contre lesquels le médecin et la Société sont ou doivent être armés.

L'*endométrite*, en dehors des accidents qu'elle peut entraîner du côté de l'organisme maternel, se rencontre fréquemment comme cause sinon d'avortement, tout au moins d'expulsion prématurée.

Souvent d'origine gonococcique, l'endométrite reconnaît encore comme cause le défaut d'allaitement. Celui-ci en effet favorise la contraction utérine qui chasse les débris de muqueuse ou les organismes plus ou moins septiques qui se trouvent encore dans l'utérus après l'accouchement, tant que la période d'évolution n'est pas terminée. L'allaitement retarde également l'apparition du flux

menstruel qui en amenant la congestion de l'organe favorise la prolifération des germes microbiens.

La femme atteinte d endométrite doit donc subir un traitement avant d'être fertilisée, et si elle accouche, elle doit allaiter son enfant, car c'est là le meilleur moyen thérapeutique qu'elle puisse employer.

Une autre cause d'accouchement prématuré est le traumatisme produit par le coït pendant la gestation. Et comme le dit si bien MORDOUCK GEOLKER dans sa thèse inaugurale : « C'est à M. le professeur PINARD que revient l'honneur et le grand mérite d'avoir démontré que le coït pendant la gestation est un des facteurs les plus fréquents de l'avortement et surtout de l'accouchement prématuré ». Et notre maître proclame bien haut que « toute femme enceinte doit refuser le rapprochement sexuel pendant toute la durée de la gestation. »

Certains auteurs comme le professeur agrégé WALLICH recommandent simplement la modération dans les rapports sexuels et de réduire au minimum le traumatisme et la durée d'excitation, pendant les premiers mois, quand on craint que la proscription rigoureuse ne soit pas observée, puis l'abstention absolue pendant les deux derniers mois.

Le devoir du médecin sera donc de prévenir la femme en état de gestation, des désastres qu'elle pourra éviter, soit en refusant complètement le rapprochement sexuel, soit en réduisant au minimum le traumatisme du coït.

Il fut un temps ou avec les progrès de l'hygiène, on avait pensé que l'on pourrait par la couveuse et le gavage, élever des enfants prématurés d'un poids même très insuffisant, et TARNIER pensant obtenir des résultats satisfai-

sants, en était arrivé à préconiser l'accouchement provoqué au 8e et même au 7e mois dans les bassins rétrécis. Nous avons vu les résultats, et avec les progrès de la chirurgie moderne, nous devons bannir complètement cette pratique qui n'a jamais amené que des déceptions.

Nous en arrivons maintenant à la cause la plus fréquente d'accouchements prématurés, et c'est là que la Société va jouer le plus grand rôle.

Le SURMENAGE *chez la femme en état de gestation peut être incriminé dans la plupart des cas.* Et il faut avouer que ce n'est pas là ce que l'on aurait été en droit d'attendre avec les progrès de la civilisation.

Il est pénible de voir à l'époque où nous vivons que l'on ne fasse même pas pour la femme ce que l'on fait pour l'animal.

C'est ainsi que l'éleveur, ayant parmi ses bêtes, une femelle en état de gestation, se garde bien de la faire travailler parce qu'il sait à quoi elle serait exposée, et que son plus cher désir est de la voir mettre au monde un animal sain et vigoureux.

Il est bien, à Paris, et dans quelques grands centres, des refuges, où sont admises les femmes pendant les deux derniers mois de leur gestation, mais outre qu'ils sont insuffisants, ils ne sont accessibles qu'à une certaine catégorie de femmes. En effet, la femme qui a un intérieur, si modeste soit-il, qui a souvent plusieurs enfants, et qui est obligée de travailler pour subvenir aux besoins de toute sa petite famille, soit parce que son mari ne gagne pas suffisamment, soit parce qu'elle ne doit

compter que sur elle, cette femme disons-nous ne peut évidemment pas abandonner les siens.

Il existe des sociétés privées qui donnent des secours aux femmes en état de gestation, mais d'une part ce secours est dérisoire, et d'autre part celles-ci acceptent difficilement la charité qui leur est ainsi offerte d'une façon plus ou moins blessante pour leur amour-propre.

L'asile-ouvroir de la Société philanthropique, et les refuges-ouvroirs de l'Allaitement maternel hospitalisent les femmes les deux derniers mois de leur gestation. Enfin l'Asile Ste-Madeleine et l'asile St-Raphaël reçoivent les jeunes filles après une première faute au 6e mois de leur gestation.

Le département de la Seine ne compte qu'un seul refuge, c'est celui de l'Asile Michelet où sont hospitalisées les femmes enceintes les six dernières semaines de leur gestation.

Voici pour l'hospitalisation des femmes en état de gestation. Quant à la question des secours, elle est du ressort des bureaux de bienfaisance. Les femmes indigentes y ont droit dans les deux derniers mois, et doivent faire une demande au maire de leur arrondissement.

Pour obtenir un résultat ffficace et permettre à toutes les femmes de se reposer pendant les deux derniers mois de la gestation, il faudrait d'abord multiplier les refuges dont le nombre est notoirement insuffisant.

C'est à l'état que doit incomber la résolution de ce problème qui doit satisfaire tout au moins une certaine catégorie de femmes. En effet, comme nous l'avons dit plus haut il en est beaucoup qui ne peuvent quitter leur

foyer, et pour lesquelles la multiplication des asiles ne sera pas une solution.

Pour ces dernières, tout au moins, nous réclamons un secours pécuniaire suffisant pour leur permettre de se reposer chez elles, mais nous voudrions qu'elles l'obtiennent de droit et ne soient pas obligées, comme à l'heure actuelle, d'implorer un secours aussi blessant qu'insuffisant.

Il n'est pas de jours où l'on ne crie à la dépopulation. Ce serait là, à notre avis, le moyen le plus efficace de l'enrayer, car non seulement nous aurions beaucoup moins de prématurés, et par suite, moins de mortalité infantile, mais encore nous assisterions certainement à un relèvement du chiffre de naissances.

Tous les jours notre maître, le Professeur Pinard, usant de sa grande autorité et de son influence, cherche à convaincre nos gouvernants de la nécessité des mesures que nous préconisons. Les hommes se succèdent, les promesses s'ajoutent aux promesses, sans que l'on puisse seulement prévoir le jour où se réalisera ce grand progrès de notre civilisation.

Enfin, voici votée par la Chambre, la loi que nous réclamions sur le repos des femmes en couches, et tout permet de croire qu'elle sera bientôt adoptée par le Sénat.

Quand verrons-nous voter une loi sur le repos des femmes en état de gestation qui portent en elles tous nos espoirs.

La question de l'allaitement joue ici le rôle principal et si nous nous en rapportons à la thèse de LULING, nous pouvons voir que *l'allaitement au sein maternel est des plus précieux pour l'enfant*. En effet, dans la statistique établie par LULING, sur 864 enfants, élevés au sein maternel, morts dans la première année, 129 étaient morts dans le premier mois alors que pour un nombre à peu près égal d'enfants élevés au lait stérilisé, la mortalité du premier mois est environ du double.

Nous devons donc et nous pouvons faire œuvre utile en montrant aux femmes les dangers de l'allaitement artificiel, à côté des bienfaits de l'allaitement maternel.

M. le Professeur PINARD a bien voulu mettre à notre disposition la statistique des enfants morts parmi ceux ayant été protégés par la Société de « LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE » DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE, nous ne saurions mieux faire que de publier les résultats obtenus de 1906 à 1911.

MALADIES

1906

	Syst. nerv.		Appar. resp.		Appar. dig		Ep. et autres		Tot. des déc		T. G.
	Sein	Bib	Sein	Bib.	Sein	Bib.	Sein	Bib.	Sein	Bib.	
0 à 10 jours	0	0	0	0	0	1	3	2	3	3	6
11 à 20 »	1	2	0	0	1	5	0	1	2	8	10
21 à 30 »	1	2	0	1	3	6	0	0	4	9	13
									9	20	13

1907

0 à 10 jours	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
11 à 20 »	»	1	»	1	»	4	»	1	»	7	7
21 à 30 »	»	»	1	»	2	10	2	1	5	11	16
									5	18	23

1908

0 à 10 jours	»	1	»	»	»	»	»	1	0	2	2
11 à 20 »	»	1	»	»	2	5	1	1	3	7	10
21 à 30 »	»	2	»	1	»	7	»	2	0	12	12
									3	21	24

1909

	Syst. nerv.		Appar. resp.		Appar. dig		Ep. et autres		Tot. des déc.		T. G.
	Sein	Bib	Sein	Bib.	Sein	Bib.	Sein	Bib.	Sein	Bib.	
0 à 10	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1
11 à 20	»	1	»	»	»	3	»	3	»	7	7
21 à 30	»	1	»	»	2	7	2	1	4	9	13
									5	16	21

1910

0 à 10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
11 à 20	»	»	»	»	»	4	»	2	»	6	6
21 à 30	»	1	»	1	1	6	1	»	2	8	10
									2	14	16

1911

0 à 10	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1
11 à 20	»	3	»	»	»	3	3	1	3	7	10
21 à 30	»	2	»	»	1	4	»	1	1	7	8
									4	15	19

Statistique tirée des Rapports annuels de " La Protection des Enfants du premier âge " du département de la Seine

Ces chiffres sont évidemment plus éloquents que nous ne saurions l'être nous-mêmes. Si, en effet, nous prenons, par exemple, l'année 1911, sur 1592 enfants protégés dès leur naissance, il n'en est mort que 19 pendant le premier mois, c'est-à-dire un nombre vraiment infime par rapport à ce que nous avons pu voir dans nos statistiques précédentes.

C'est dire que l'enfant nouveau-né, puis le nourrisson doivent être l'objet d'une surveillance de tous les instants et, bien qu'élevés au sein maternel, doivent être réglés d'une façon continue et toute spéciale qui ne peut se faire d'une manière efficace que par le concours du médecin.

Ainsi, à la puériculture avant la procréation et pendant la gestation, vient s'ajouter cet auxiliaire précieux qu'est la Puériculture après la naissance.

Conclusions

En résumé, si nous considérons l'étude que nous venons de faire, en envisageant successivement les trois chapitres que nous avons passés en revue, nous devons tirer les conclusions suivantes :

1° La mortalité infantile du 1er mois est considérable, par rapport au chiffre total de la première année. Elle représente en effet le quart du nombre des décès, dans les cas les plus favorables, et nous avons pu la voir, dans certains cas, représenter la moitié du chiffre de la mortalité de la première année.

2° La Prématuration est de beaucoup la cause la plus fréquente de ces décès pendant les quatre premières semaines, puisqu'elle peut être incriminée dans la moitié des cas.

3° Les enfants illégitimes sont les plus frappés et même étant placés dans les conditions les meilleures, c'est-à-dire élevés par leur mère, disparaissent dans la proportion du simple au double par rapport aux enfants légitimes.

4° Pendant le premier mois, il meurt deux fois plus d'enfants en nourrice qu'au sein de la famille.

5° Le traumatisme obstétrical, dans les présentations du siège ou de l'épaule, ou dans les présentations de l'extrémité céphalique (sommet, front, face), avec application de forceps, représente également une cause assez fréquente de morts, surtout pendant la première semaine.

6° La gastro-entérite, qui est aussi une cause fréquente de mort précoce, ne fait guère son apparition qu'après la deuxième semaine, chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel.

7° La syphilis tue également un certain nombre d'enfants pendant le premier mois. Les enfants volumineux, issus de gros œufs, sont enlevés aussi brusquement que ceux présentant de la syphilis en nature.

8° La pneumonie et la broncho-pneumonie, se rencontrent rarement à cet âge.

9° Les infections purulentes qui se montrent généralement à la fin de la première semaine, sont également rencontrées comme cause adjuvente à la mortalité du premier mois.

10° Les armes dont nous disposons pour arracher à la mort ces malheureux qui nous sont enlevés si prématurément, nous sont fournis par la PUÉRICULTURE.

11° La Puériculture avant la procréation, qui constitue, comme l'a appelée le Professeur PINARD, l'EUGÉNNÉTIQUE, est la première science à laquelle nous devons faire appel.

12° La Puériculture pendant la gestation est pour nous la partie la plus importante, et, en dehors du traumatisme sexuel que nous proscrivons, nous réclamons avec

notre Maître une loi permettant aux femmes de se reposer pendant les deux derniers mois de la gestation.

13° La puériculture après la naissance est la collaboratrice indispensable de ses deux sœurs, et nous proclamons bien haut les bienfaits de l'allaitement maternel et de la protection de l'enfance.

14° La loi du 12 novembe 1912, sur la recherche de la paternité, saura, nous l'espérons, diminuer dans une large mesure la mortalité des enfants illégitimes.

15° Enfin, comme le répète si souvent notre maître le Professeur PINARD, tout être humain ayant d'autant plus de chances de devenir un individu sain, vigoureux et intelligent qu'il sera né à terme, le devoir de l'accoucheur sera de faire naître l'enfant à terme avec le minimum de traumatisme.

Vu le Doyen,
LANDOUZY.

Vu le Président,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Bibliographie

BERTIN. — Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveaux-nés, les femmes enceintes et les nourrices, 1818.

J. BERTILLON. — *Annuaire statistique du département de la Seine* (Années 1893 à 1907 inclus).

DOUBLET. — Mémoire sur les symptômes et le traitement des maladies vénériennes chez les enfants nouveaux-nés, lu a l'Assemblée particulière de la Faculté de Médecine, 1781.

A. FOURNIER. — Syphilis et mariage, 1880.

— Du traitement préventif de l'hérédité paternelle au cours de la grossesse (*Semaine Médicale*, 1898).

E. FOURNIER. — Des stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. *Thèse de Paris* 1898.

M. GEOLKVER. — Conséquences du rapprochement sexuel pendant la gestation. *Thèse de Paris*, 1913.

E. GUILLON. — Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne. *Thèse de Paris*, 1897.

LULING. — Mortalité des nourrissons en rapport avec la

modalité de leur alimentation. *Thèse de Paris*, 1900.

MAHON, LOUIS, LEMONE. — Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication syphilitique chez les femmes enceintes, les enfants nouveaux-nés et les nourrices, 1804.

F. LAPORTE. — Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. *Thèse de Paris*, 1897.

A. PINARD. — De la conservation et de l'amélioration de l'espèce (*In revue scientifique*, 11 février 1899).

— Médications générales en puériculture, 1911.

A.. PINARD et A. MAGNAN. — Sur la fragilité du sexe mâle. Compte rendu de l'Académie des Sciences, 3 février 1913.

Protection des enfants du premier âge du département de la Seine (Rapports annuels de la) Années 1906 à 1911 inclus).

V. WALLICH. — Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né (extrait de gynécologie et d'obstétrique mars 1898).

V. WALLICH et FRUHINSHOLZ. — Communication à la Société obstétricale de France, 1911.

AMÉDÉE LEGRAND, Editeur, 36, rue Serpente, PARIS